

ANEVRISMELE ARTERIALE

Definitie:

Anevrismul arterial este o dilatare parțială a peretelui arterial.

Etiopatogenie:

- **ateroscleroza** este cauza cea mai frecventă a anevrismelor aortice și ale membrului pelvian
- **traumatismul** este cauza cea mai frecventă la nivelul membrului toracic
- **sifilisul** (care se întâlnește din ce în ce mai rar) are afinitate, în special, pentru aorta toracică. Ca localizare, aorta este sediul cel mai frecvent. Dintre anevrismele arterelor periferice, cele mai des întâlnite sunt acelea ale arterelor poplitee.

Anatomie patologică:

După aspect, anevrismul poate fi:

- *fusiform* - dilatarea se datorează cedării pereților pe întreaga circumferință a arterei
- *sacciform* - peretele cedează unilateral, circumscris.

Există și:

- *anevrisme arterio-venoase* - cu prezența unei fistule care permite trecerea sângelui din arteră în venă
- *anevrisme disecante* - apar de obicei la nivelul aortei prin ruperea tunicii interne, cu clivarea pereților datorită pătrunderii sângelui în grosimea peretelui aortic.
-

Simptomele:

Anevrismele sunt adesea asimptomatice.

Când comprimă un nerv sau o venă, pot provoca dureri sau o insuficiență venoasă.

La examenul clinic, anevrismul se prezintă ca o tumoare pulsatilă, la nivelul căreia se aude adesea un suflu sistolic.

Imaginea radiografică arată calcifierea pereților vasului dilatat.

Simptomatologia depinde de:

- localizare
- mărime
- evoluție.

Când anevrismul este superficial se prezintă ca o tumoare cu pulsații expansive, iar când este profund, provoacă de obicei fenomene de compresiune.

Forme clinice:

1) *Anevrismul aortei toracic:*

- se însoțește de eroziuni ale coastelor

-bombează deseori la exterior sub forma unei tumori pulsatile.

-Compresiunea organelor vecine realizează *sindromul de compresiune mediastinală*, caracterizat prin:

- cianoză

- circulație venoasă colaterală
- edem
- dureri anginoase
- tulburări respiratorii.

Examenul radiologic pune în evidență aneurismul sub forma unei umbre rotunde, pulsatile, care face corp comun cu aorta.

2) *Aneurismul aortei abdominale* este aproape întotdeauna de natură aterosclerotică. Se prezintă sub forma unei tumori abdominale pulsatile și se însoțește deseori de dureri și fenomene de subocluzie intestinală.

3) *Aneurismul disecant al aortei* constă în disecția straturilor aortei, în zona mediei, cu pătrunderea sângelui din lumen printr-o ruptură a intimei. Cauza este ateroscleroza, iar tabloul clinic este dramatic:

- durerea de intensitate neobișnuită, localizată în toracele anterior și posterior, cu iradiere în umeri, cervical și abdominal
- transpirații
- dispnee
- comă.

Prognosticul este foarte rezervat, iar tratamentul este medical (opioace, reducerea presiunii arteriale sistolice cu Reserpină și Propranolol, combaterea șocului) și chirurgical.

Evoluția aneurismelor decurge frecvent spre agravarea simptomelor, cu apariția unor complicații:

- embolii
- rupturi ale sacului aneurismal.
-

Tratament: pentru a evita ruperea aneurismului, bolnavii trebuie să evite:

- eforturile fizice
- emoțiile
- toate cauzele care măresc presiunea sanguină.

Cel mai eficace tratament este acela chirurgical.

BOLILE ARTERELOR PERIFERICE

Bolile arterelor periferice pot fi de origine:

- funcțională
- organică.

Bolile *funcționale* sunt tulburări fără modificări anatomice, cele mai frecvente fiind:

- boala Raynaud
- acrocianoza
- eritromelalgia.

Bolile arteriale *organice* se datorează unor leziuni inflamatorii sau degenerative:

- trombangeita obliterantă
- ateroscleroza obliterantă periferică
- emboliile și trombozele arterelor periferice
- arteritele de etiologie cunoscută
- ateroscleroza
- anevrismele arteriale.

A. BOLI FUNCȚIONALE ALE ARTERELOR PERIFERICE

1. BOALA RAYNAUD

Definiție: este o tulburare paroxistică a circulației periferice, localizată, de obicei, la nivelul membrelor toracice, caracterizată prin apariția intermitentă a unui spasm bilateral și simetric la nivelul arterelor digitale, apărând la frig sau emoții, cu stare normală între accese. Este o afecțiune rară, care se întâlnește de obicei la femei tinere (sub 40 de ani), etiologia fiind necunoscută.

Spasmele apar în crize. La început, tegumentele sunt palide și reci, datorită spasmului arteriolar, apoi devin cianotice și reci când se adaugă dilatația venelor (*faza de asfixie*) și, în final, roșii și calde, datorită vasodilatației reactive a arteriolelor și a venelor (*faza hiperemică*).

Tabloul clinic dominat de aceste manifestări este completat:

- uneori de furnicături, amorțeli
- alteori de dureri.

Sucesiunea celor trei faze nu este obligatorie. Manifestările sunt simetrice și bilaterale. Boala *nu se însoțește* de modificări ale pulsului, tensiunii arteriale sau ale indicelui oscilometric.

Criza este provocată de:

- expunerea la frig
- imersia în apă rece
- emoții.

Imersia în apă caldă atenuază rapid tulburările. Durata crizei este variabilă, de obicei de la câteva minute până la mai multe ore.

Rareori, în special în formele cu crize frecvente și îndelungate, pot apărea tulburări trofice, îndeosebi micronecroze superficiale la vârful degetelor.

O formă clinică specială e **sindromul Raynaud**, care apare:

- în unele boli arteriale ocluzive - ateroscleroza, trombangeită
- după traumatisme profesionale ale extremităților - mânăuitori de unelte vibratoare, dactilografe, telefoniști
- boli nervoase - polinevrite, poliomielită

- după compresiunea vaselor subclaviculare și a plexului brahial, fie printr-o așa-numită „coastă cervicală” (în realitate apofiza transversă mai dezvoltată a vertebrelor C₆ și C₇), fie prin alte cauze.

Din punct de vedere clinic, sindromul Raynaud este:

- unilateral
- fără legătură cu frigul sau emoțiile
- nu este influențat de căldură
- se însoțește frecvent de modificări ale pulsului.
-

Profilactic se recomandă evitarea:

- frigului
- emoțiilor
- fumatului
- psihoterapia
- combaterea anxietății prin sedative.

Tratamentul curativ constă în vasodilatatoare (Perifen, Hydergine, compuși nitrici cu acțiune prelungită). Băile calde sau carbogazoase pot da unele rezultate. În formele severe se recomandă simpatectomie cervico-toracică sau lombară, după localizare. Tratamentul sindromului Raynaud este cel al afecțiunii de fond.

2. ACROCIANOZA

Este o tulburare spastică, vasomotorie, caracterizată prin cianoză permanentă, nedureroasă, simetrică, a mâinilor, uneori a gambelor. Boala apare îndeosebi la femei tinere cu deficite endocrine, etiologia fiind necunoscută.

Regiunile afectate sunt:

- cianotice
- reci
- umede.

Tulburările sunt:

- accentuate de frig
- atenuate de căldură.

Tratamentul constă în:

- psihoterapie
- lămurirea bolnavului că afecțiunea este fără importanță
- evitarea frigului
- sedative.

Medicamentele vasodilatatoare pot da, uneori, rezultate. În cazuri severe se recomandă simpatectomie.

3. ERITROMALALGIA

Este o boală caracterizată prin accese paroxistice, dureroase, de vasodilatație ale extremităților. Apare în accese declanșate de căldură sau de efort și durează minute sau ore. Simptomele principale sunt:

- roșeața extremităților
- dureri vii
- hipertermie (căldură).

Tratamentul constă în:

- evitarea căldurii
- analgetice (acid acetilsalicilic, Algotamin)- în crize
- tratament etiologic - în formele cu etiologie cunoscută.

B. BOLI ORGANICE ALE ARTERELOR PERIFERICE

Caracteristic acestor boli - deosebite ca etiologie și substrat anatomo-patologic - este tabloul clinic, în mare parte asemănător, cunoscut și sub numele de *sindrom de ischemie periferică*.

Ischemia este datorită deficitului de irigație prin obliterare organică arterială. După modul de apariție și evoluție, sindromul de ischemie periferică poate fi:

- cronic
- acut.

La stabilirea diagnosticului, prima etapă constă în recunoașterea sindromului de ischemie, următoarea fiind precizarea etiologiei.

1. SINDROMUL DE ISCHEMIE ARTERIALĂ ACUTĂ

Ischemia acută apare prin obliterare arterială, cu suprimarea fluxului arterial. Se datorează trombozei, emboliei sau traumatismului unei artere, prin contuzie sau secționare. Există forme severe și moderate.

În evoluție se disting trei faze:

- *Faza inițială*, de debut:
 - cu durere violentă în teritoriul afectat, nemodificată de repaus sau presiune
 - cu paloarea și răceala tegumentelor
 - absența pulsului
 - colabarea rețelei venoase superficiale
 - pierderea sensibilității tactile
 - paralizia extremității distale.
- *Faza de agravare*:
 - cu cianoză și edem
 - apare după 6 ore.
- *Faza de alterări tisulare ireversibile*, caracterizată prin:
 - rigiditatea maselor musculare din regiunea ischemiată
 - gangrena. Gangrena este precedată de pete cianotice sau de flicte cu conținut sero-hematic. Dacă cianoza persistă la presiune digitală, prognosticul este nefavorabil.

Diagnosticul etiologic:

- pentru ischemie prin tromboză pledează:
 - antecedentele (ateroscleroză, tromboangită)
 - absența unei cardiopatii emboligene.
- Ischemia embolică este sugerată de:
 - bruschețea instalării
 - prezența unei boli emboligene (fibrilație atrială, stenoză mitrală, endocardită lentă, infarct miocardic).

Tratamentul trebuie instituit rapid și constă în:

- combaterea durerii cu Algocalmin, Mialgin sau morfină
- suprimarea spasmului vascular supraadăugat cu tolazolin, papaverină i.v., blocaj paravertebral cu novocaină
- prevenirea extinderii trombozei cu heparină i.v., 1 fiolă la 4 ore
- protejarea extremității afectate printr-o atelă protectoare și prin evitarea oricăror traume (căldură, fricțiuni, presiune prin încălțăminte sau ciorapi)
- plasarea extremității afectate sub nivelul inimii.
-

Prin tratament medical se pot obține rezultate uneori spectaculoase. *Dacă însă în 2 - 4 ore (cel mult 6 - 8 ore) ischemia nu se remite, se efectuează trombo-embolctomia (în primele 6 - 12 ore).*

Tratamentul sindromului de ischemie periferică acută cuprinde trei metode care se completează:

- Heparinoterapia
- Nu se va omite oxigenoterapia, poziția orizontală a membrului ischemiat și menținerea tensiunii arteriale la valori apropiate de normal.
- După caz se vor administra tonicardice, se vor combate hiperpotasemia și acidoza.
- Tromboliza este a doua metodă și constă în perfuzii i.v. de streptokinază sau urokinază.
- Intervenția operatorie este o metodă majoră. Când este obligatorie, trebuie aleasă embolectomia, trombectomia sau amputația, după caz. Celelalte procedee chirurgicale ca: trombendarteriectomia și pontajul, cu proteze sau grefe venoase, sunt rezervate obstrucțiilor acute care evoluează pe un teren de ischemie cronică.

2. SINDROMUL DE ISCHEMIE ARTERIALĂ CRONICĂ

Apare în:

- arteroscleroza obliterantă a membrelor pelviene
- trombangita obliterantă
- mult mai rar în unele arterite infecțioase.

Simptomele principale sunt:

Simptomele subiective apar lent și progresiv, de obicei în următoarea ordine:

- oboseală la mers, cărcei și paretezii în gambă sau gleznă;
- claudicație intermitentă (crampă dureroasă cu sediul, de obicei, în gambă)
 - apare la efortul de mers, de urcare a unei scări
 - se calmează prin repaus.
 - se datorează reducerii debitului arterial, prin obliterarea incompletă a arterelor. Debitul este suficient pentru asigurarea nutriției țesuturilor în repaus, dar insuficient pentru nevoile musculare în oxigen, considerabil crescute în timpul efortului de mers. Ischemia cronică se accentuează considerabil la efort;
- durere spontană de repaus:
 - apare mai târziu, precedând de obicei instalarea gangrenei
 - apare când obliterarea arterială este aproape totală și când cantitatea de sânge care vine la țesuturi este atât de mică, încât nu pot fi satisfăcute nevoile de oxigen nici în repaus
 - durerea este difuză, atroce, cu exacerbări nocturne, refractară la tratament. Se intensifică la căldură și scade uneori în poziția declivă.

Examenul obiectiv pune în evidență:

- paloarea și răcirea tegumentelor
- uneori roșeață însoțită de căldură

- alteori cianoză.

Ridicarea membrului pelvian produce rapid o paloare lividă, iar în stadiile avansate, chiar durere. Coborârea piciorului bolnav sub nivelul patului readuce colorația normală cu o întârziere de peste 5 secunde, iar reumplerea venelor se face cu mai mare întârziere. Pulsul arterelor obliterate (pedioasă, tibială posterioară, poplitee) lipsește. Pentru evitarea erorii cauzate de un spasm arterial, se recomandă, înaintea examinării pulsului, administrarea de nitroglicerină sau imersia extremităților în apă la 40°, timp de 10 minute, într-un stadiu mai avansat apar tulburări trofice.

- Tegumentele sunt atrofice
- pielea lucioasă
- părul rar și subțire
- unghiile groase și deformat
- mușchii gambieri atrofiați
- Se constată întârzierea cicatrizării plăgilor și tendință la infecții cutanate. Cele mai severe tulburări trofice sunt ulcerațiile - de obicei mici, localizate interdigital, apărând după microtraumatisme - și gangrena. Ultima apare distal, la vârful degetelor sau la călcâi. În stadiul de gangrena uscată, țesuturile sunt necrozate, nedureroase, negre-violacee, acoperite cu o crustă. Corect tratată, gangrena se poate elimina spontan. Prin suprainfecție se poate transforma, uneori, în gangrena umedă, cu edem și limfangită.

Pentru precizarea diagnosticului sunt necesare uneori *oscilometria*, care arată un indice oscilometric coborât, și *arteriografia*, care arată sediul ocluziei.

Diagnosticul stadial al ischemiei este important pentru prognostic și tratament. Experții O.M.S. au propus următoarea clasificare:

- stadiul I - dureri atipice, furnicături, parestezii și pulsații normale
- stadiul II - claudicație intermitentă, pulsații diminuate
- stadiul III - dureri continue care diminuează în poziția atârnată
- stadiul IV - dureri continue exacerbate la atârnat.
-

Pulsații abolite, în ultimele două stadii. Ulcerațiile și gangrena pot apărea în orice stadiu, fiind provocate de infecții, traumatisme.